PARAZITOZĂ CEREBRALĂ LA O PACIENTĂ IMUNOCOMPETENTĂ

F.A. Antochi, C. Pleşa, O. Băjenaru
Clinica de Neurologie – Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti

REZUMAT

Prezentăm cazul unei paciente, fără antecedente personale patologice, care a prezentat semnele unui sindrom meningo-encefalitic brusc instalat şi care s-a dovedit a fi de etiologie parazitară, fără a prezenta o condiţie de imunosupresie.

ABSTRACT

We report the case of a woman, with no personal pathological history, who presented an abrupt onset of a meningoencephalitis syndrome; the etiology was established to be a severe active parasitic infection without any immunosuppressive condition.

Pacientă în vârstă de 30 de ani, fără antecedente personale patologice, fumătoare, în tratament cronic cu anticoncepţionale orale şi în contact casnic cu feline, se internează la începutul lunii septembrie în Spitalul de Boli Infecţioase – Constanţa pentru un sindrom febril şi sindrom meningeal cu debut brusc. Puncţia lombară efectuată la internare nu a evidenţiat modificări în compoziţia LCR. Starea generală a pacientei se agravează post-puncţional, cu accentuarea cefaleei, iar la 5 zile de la debut, prezintă crize tonicoclonice generalizate, urmate de instalarea unui deficit motor de intensitate paretică – tetrapareză (stânga > dreapta). Examenul computer-tomografic cerebral efectuat pe 12.09.2005 evidenţiază mici focare hemoragice subcortical fronto-parietal bilateral (figura 1), iar examinarea rezonanţă magnetică a arătat numeroase leziuni în hipersemnal FLAIR subcortical fronto-parietal bilateral, fără priză de contrast, şi discret hiposemnal în secvenţele eco de gradient (figurile 2 şi 3), precum şi o încărcare marcată cu substanţă de contrast a meningelui. Sub tratament antibiotic (cefalosporine de generaţia a II-a) şi antiedematos cerebral, evoluţia pacientei este nefavorabilă şi se decide transferul în Clinica de Neurologie a Spitalului Universitar de Urgenţă Bucureşti, pe data de 15.09.2005.

Obiectiv la internare prezenta: stare generală alterată, subfebrilitate, stare de constienţă păstrată, euforie, redoare de ceafă, tetrapareză (stânga > dreapta), sindrom bipiramidal, cefalee parieto-occipitală, hemihipoestezie stângă, tulburare de sensibilitate profundă la nivelul membrelor stângi şi hemiasomatognozie stângă.

S-au suplimentat investigaţiile cu efectuarea în urgenţă la internare a angiografiei-RM (timp venos) (figura 3), care a pus în evidenţă tromboflebită de sinus sagital superior, sinus drept şi sinus transvers drept, şi examinarea electroencefalografică care a arătat traseu

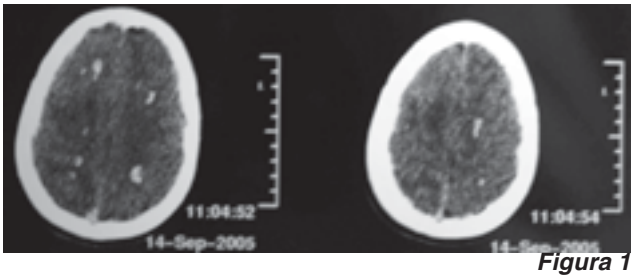

Figura 1
CT cerebral (12.09.2005)

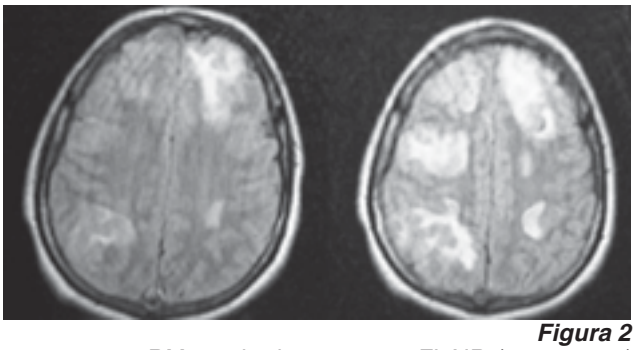

Figura 2
RM cerebral – secvenţa FLAIR (14.09.2005)

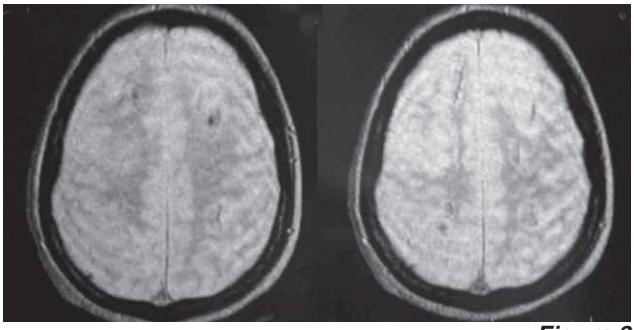

Figura 3
RM cerebral – secvenţa eco de gradient (14.09.2005)

beta de fond, hipovoltat global, areactiv la deschiderea ochilor, cu rare unde teta difuz, bilateral.

Pentru diagnosticul diferenţial al tabloului clinic şi imagistic s-au luat în discuţie: meningoencefalită bacteriană, virală, fungică şi parazitară; determinări

secundare cerebrale de cauză infecţioasă (abcese cerebrale) sau neoplazice (metastaze); limfomul cerebral multifocal.

În vederea stabilirii unui diagnostic pozitiv s-au efectuat analize de laborator, examene paraclinice şi consulturi interdisciplinare (ORL, ginecologie, oftalmologie, hematologie şi parazitologie), care au arătat:

- Leucocitoză cu neutrofilie;
- Sindrom inflamator biologic;
- LCR cu proteinorahie crescută, celularitate crescută şi glicorahie normală;
- Serologie pozitivă în sânge şi LCR pentru Toxoplasma gondi (titruri crescute de Ig A, Ig G şi Ig M) şi Toxocara canis (titruri crescute de Ig M şi Ig G);
- Serologie pozitivă pentru virus herpes simplex tip I şi cytomegalovirus;
- Serologie negativă la determinări repetate pentru HIV şi Treponema pallidum;
- Flow-citometrie cu imunofenotipare din LCR – fără atipii celulare;
- Hemoculturi şi culturi din LCR pe mediu aerob, anaerob şi pentru fungi – negative;
- Frotiu din LCR cu coloraţie Ziehl-Neelsen – nu a evidenţiat bacili acid-alcoolo-rezistenţi;
- Fundoscopie: edem papilar bilateral; la nivelul ochiului drept – hemoragii papilare şi peripapilare;
- Ecografie cardiacă şi abdominală: în limite normale;
- Examen ginecologic şi ORL – în limite normale;
- Consult hematologic – infirmă o afectare hematologică primară.

Examinarea imagistică repetată prin CT cerebral (figura 5) la 2 săptămâni de la examinarea precedentă a evidenţiat o întinsă zonă de hipodensitate cortico-subcorticală fronto-parietal drept, neomogenă prin prezenţa a două mici focare hemoragice şi o zonă de hipodensitate frontală stângă, cu ştergerea giraţiilor fronto-parietal bilateral. După rezultatul CT cerebral, s-a decis efectuarea în urgenţă a examenului RM cerebral cu substanţă de contrast paramagnetică (figurile 6, 7 şi 8) care a arătat resorbţia focarelor hemoragice, absenţa prizei de contrast a meningelui, menţinerea edemului cerebral şi multiple leziuni focale rotund-ovalare de talii diferite, localizate fronto-parietal bilateral; aspectul leziunilor este chistic polimorf, cu pereţi bine delimitaţi, cu conţinut proteic (2 leziuni având şi conţinut sangvinolent), unele leziuni au priză de contrast inelară, cu aspect caracteristic „în ţintă".

Rezultatele serologice pozitive au confirmat o infecţie parazitară activă şi agresivă, sugerată de aspectul imagistic al leziunilor cerebrale.

Diagnosticul pozitiv stabilit prin corelarea datelor anamnestice, clinice şi paraclinice a fost: „Parazitoză cerebrală – toxoplasmoză şi toxocaroză; Tromboflebită cerebrală de sinus sagital superior, sinus drept şi

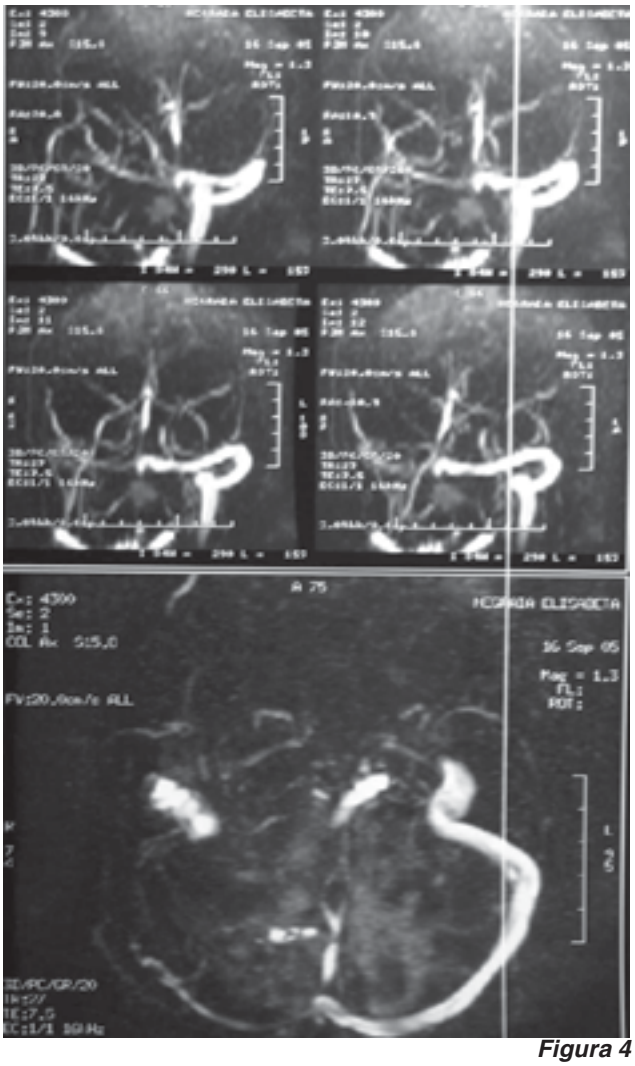

Figura 4
Angio-RM (timp venos) (16.09.2005)

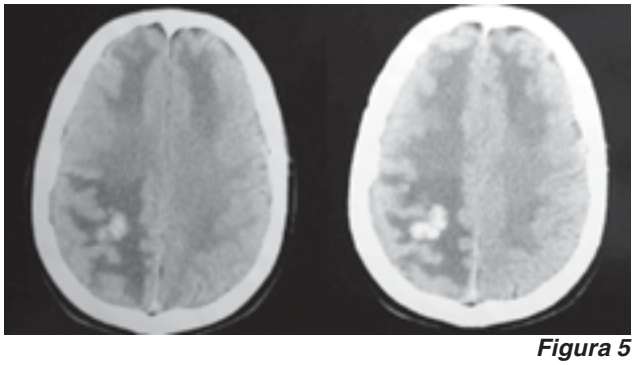

Figura 5
CT cerebral repetat (27.09 2005)

sinus transvers drept cu infarcte venoase; crize comiţiale secundare; tetrapareză (stânga > dreapta)."

Pacienta a primit, încă de la internare în Clinica de Neurologie, tratament anticoagulant (10 zile Heparină i.v., apoi anticoagulare orală), antibiotic cu spectru larg, antiviral, antiedematos cerebral, anticonvulsivant, şi ulterior după confirmarea serologică a parazitozei cerebrale, s-a administrat tratament antiparazitar (Albendazol 800 mg/zi şi Dalacin C 1,2 g/zi). Pentru continuarea schemei terapeutice antiparazitare, pacienta a fost transferată în Clinica de Boli Parazitare a Spita-

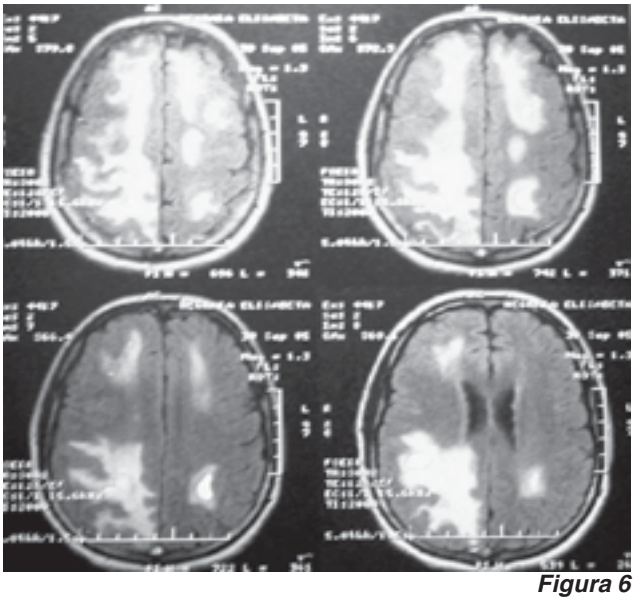

Figura 6
RM cerebral – secvenţa FLAIR (30.09.2005)

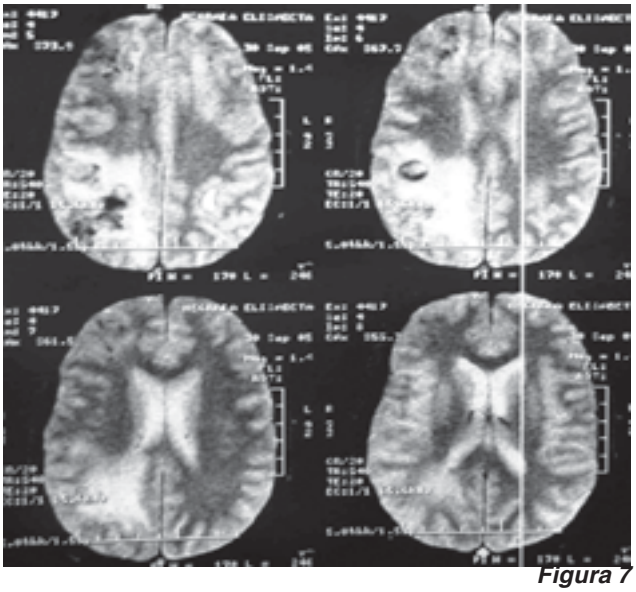

Figura 7
RM cerebral – secvenţa T2 (30.09.2005)

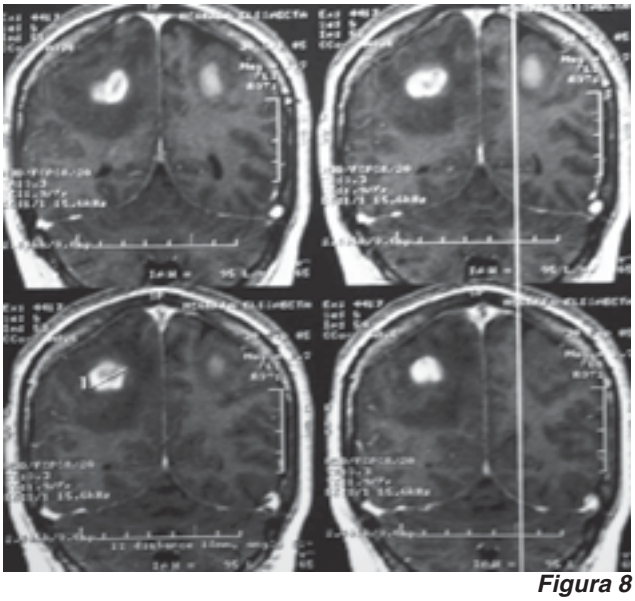

Figura 8
RM cerebral – secvenţa T1 cu contrast paramagnetic (30.09.2005)

lului Clinic „N.Gh. Lupu“ Bucureşti. În momentul transferului bolnava avea o stare clinică mult ameliorată, cu frust deficit motor al membrelor stângi şi hemiasomatognozie stângă. Pacienta va fi urmărită periodic din punct de vedere clinic, imagistic şi serologic în Clinica de Neurologie a Spitalului Universitar de Urgenţă Bucureşti.

PARTICULARITATEA CAZULUI

Cazul de parazitoză cerebrală, prezentat anterior, are o particularitate legată de debutul brusc al simptomatologiei neurologice cu sindrom meningo-encefalitic acut şi tromboflebită cerebrală cu infarcte venoase la o pacientă imunocompetentă, dar cu contact casnic cu feline, care a avut un răspuns bun la terapia specifică.

CONDIŢII DE PUBLICARE

- Se vor publica articole din categoria: referat general, studiu clinic, prezentare de caz – ce nu au mai fost publicate sau trimise simultan la alte reviste. Autorii îşi asumă responsabilitatea pentru conţinutul articolului.
- Manuscrisele pe suport de hârtie (pagini dactilografiate A4) şi electronic (dischetă, CD, microsoft Word, obligatoriu cu diacritice) trebuie trimise pe adresa societăţii şi trebuie să cuprindă:
  - titlul (cu majuscule)
  - autorii (nume, prenume, titlul ştiinţific, funcţia, spitalul, clinica, adresa, telefon, e-mail)
  - categoria articolului: referat general, studiu clinic, prezentare de caz
  - rezumat: max. 100 cuvinte, cuvinte cheie max. 6, în română şi engleză
  - articol: max 10 pagini dactilografiate
  - bibliografie (max. 40 de referinţe în ordinea apariţiei în text)
  - lista de abrevieri
  - ilustraţiile – de preferat în forma originală, pentru a putea fi prelucrate la editură, sau scanate pe suport electronic, dischetă sau CD (extensie: tiff, cdr); nu se admit copii xerox sau ilustraţii deja încorporate în manuscris (figurile – cifre arabe, tabele – cifre romane) se citează în ordinea apariţiei în text